

健康保険 厚生年金保険 資格等取得(喪失)連絡票

下記のものは、健康保険等の被保険者の資格を喪失したことを連絡します。

認定

下記のものは、健康保険等の被扶養者として されたことを連絡します。

認定を抹消

(該当欄に✓をしてください。)

平成 年 月 日

所在地

事業所名称

(保険者) 代表者

⑨

TEL (ー 担当者)

記

被保険者氏名 (住所) A	(明治 大正 年 月 日) 昭和 平成	男 女				
健康保険・厚生年金保険 資格取得又は資格喪失年月日 (退職年月日) B	取得 平成 年 月 日	健康保険の被保険者証 記号・番号 (保険者番号及び保険者名) C ()				
	喪失 平成 年 月 日 (退職 平成 年 月 日)	厚生年金の記号番号 D				
被 扶 養 者 E	氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者として認定又は 認定を抹消された日	退職以外のときの 喪失理由
		明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日	
		明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日	
	明昭 大平 年 月 日			平成 年 月 日		

(記載上の注意)

1. B欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日となります。
2. (1) E欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定または、認定を抹消された場合に記入してください。
本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。
なお、被扶養者の異動だけの場合でも、A、B、C、D、E欄は必ず記入してください。
- (2) 退職以外の理由のときの資格喪失理由も必ず記入してください。
(例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため)